

訪問リハビリ申込書

申込日 平成 年 月 日

ハートケア流山 訪問リハビリサービスをご利用希望のため、下記の通りに申し込みをいたします。

利用者氏名	殿	性別 (男・女)																		
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 (歳)																		
利用者住所 〒	—																			
電話番号	()																			
緊急連絡先 〒	—																			
電話番号	()	名前 (続柄)																		
介護保険 (要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)																				
保険者番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									被保険者番号 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
健康保険 (社会保険・共済保険・国民健康保険・労災保険・生活保護)																				
保険者番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									記号・番号 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
資格取得日 平成 年 月 日																				
※老人医療受給者証																				
市町村番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									番号 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
※身体障害者手帳 種 級 県																				
番号 第	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									号 障害の種類 _____										
かかりつけ医療機関																				
病院名	_____	主治医 _____																		

※該当する方のみご記入下さい。

訪問リハビリ申込書(ケアマネ用)

申込日 平成 年 月 日

ハートケア流山 訪問リハビリ 宛

事業者名 _____ ケアマネジャー氏名 _____
事業所番号 _____
事業所住所 _____

ハートケア流山 訪問リハビリテーションを利用希望有り、下記の通り申し込みます。

御利用者氏名						
介護度	要支援(1 2)・要介護(1 2 3 4 5)・申請中					
退院日	年 月 日					
家族構成						
訪問リハビリ以外に利用しているサービス(曜日、時間帯など)表に利用しているサービスのマークを記入してください。						
	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						
○:デイサービス ◎:ディケア △:訪問看護 □:訪問介護 ×:訪問マッサージ その他、希望の曜日、時間帯がありましたらご記入下さい。						

訪問リハビリテーション指示書

医療法人 社団愛友会

介護老人保健施設 ハートケア流山 苑

訪問リハビリ指示日 平成 年 月 日～

【紹介元】

医療機関名

所在地

医師氏名 _____ 印

氏名	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)
傷名	
障害名	
病歴	
禁忌・注意事項 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧 (mmHg 以上) <input type="checkbox"/> その他 ()	
リハビリテーションの目的・ゴール (※必ず□ご記入お願い致します) <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 (歩行・トイレ動作・更衣動作) <input type="checkbox"/> 起居動作訓練 (寝返り・起き上がり・立ち上がり) <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 (拘縮予防及び改善) <input type="checkbox"/> 筋力トレーニング <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> その他 ()	
頻度 2・3・4・5回/週	